

ESCRITO 24. LA REGIÓN SENSORIAL DE LA CORTEZA CEREBRAL^{1*}.



Sandor Ferenczi (1902f). (Traducción: Equipo Indepsi - Biopsique).

Buscando la relación existente entre la extensión de las zonas insensibles del cuerpo y la parálisis, llegué al mismo resultado que otros autores: saber que no existe ningún paralelismo² entre los dos. En ciertos casos, por ejemplo, el rostro es insensible pero no está paralizado. La lengua puede estar paralizada, aunque las mucosas siguen sensibles. Es frecuente que también una semi insensibilidad no afecte al tronco y a los miembros, a excepción del rostro que, por lo tanto, está paralizado. También ocurre, excepcionalmente, que las zonas paralizadas coinciden exactamente con las zonas insensibles.

Un hecho singular saltó a mi vista mientras examinaba las zonas insensibles en los hemipléjicos: hemianestias graves ocurren en los que están paralizados del lado derecho, es decir cuando el foco del problema está situado en el hemisferio izquierdo. Tendré la ocasión de presentar dos casos específicos al final de mi conferencia. Aceptemos, mientras tanto, la siguiente hipótesis que, por supuesto, deberá ser puesta a prueba por investigaciones posteriores más profundas. Mi hipótesis es que en el hemisferio existe un centro superior de coordinación de las motricidades complejas y del habla, así como también un centro de la percepción que registra los estímulos sensitivos. Mientras más joven es el enfermo, más modificaciones sensitivas ocurren en el centro cerebral. No he podido extender mis observaciones sobre este punto, ya que, en el servicio donde trabajo, curamos personas sobretodo de edad. Pero, en los pocos sujetos jóvenes con hemiplejia espástica que encontré, no había ninguna insuficiencia grave de la sensibilidad. De acuerdo a lo visto por Long, la disociación entre sensibilidad y parálisis es sistemática en los casos de hemianestesia orgánica. La mayoría de los enfermos hemianestésicos no perciben el clásico piquete superficial ni cuando tocan su lado paralizado: sólo comprueban molestias ligadas a las sensaciones de calor y perciben, por el contrario, un piquete profundo y la sensación que provoca un objeto muy frío. La insensibilidades muy pronunciada es sobre la parte distal de los miembros pero la sensibilidad del rostro no está alterada. La insensibilidad del tronco no se extiende más allá de la línea media. Observamos, por otra parte, una alteración frecuente de la sensibilidad a las variaciones de temperatura: mientras no ve ni percibe el contacto con un objeto caliente, reacciona inmediatamente con uno frío³. Llamé a este fenómeno *psicohiperestesia*. Cinco de cada doce de mis enfermos presentan este fenómeno. Podemos hablar de perversión de las sensaciones ligadas a la temperatura, sobre todo en uno de mis pacientes. Este, en efecto, comprueba dolores de quemadura intensa al contacto de un recipiente lleno de hielo puesto sobre la palma de sus manos y en la planta de sus pies.

En cuatro casos, he observado la incongruencia de las impresiones sensitivas percibidas en los lugares tocados. Esto se ha manifestado de un modo singular en dos de los casos: ellos han certificado que sentían el piquete, pero no supieron localizarlo en su cuerpo. Les pedí cerrar los ojos, puse una mano sobre sus

1*.- "Az agykéreg érzékelő részei", en Orvosi Hetilap, 1902, N° 26.

2.- Subrayo esta palabra que es la piedra angular de Thalassa (1924) y el título de una obra de una alumna de Ferenczi: Imre Hermann. Claude Lorin.

3.- Hipertermia e hipotermia son nociones que Sandor retoma en Thalassa a propósito de los traumas filogenéticos (glaciaciones, periodos calientes, sequías de los mares). Claude Lorin.

párpados, mientras los pinchaba con la otra: los pique en el rostro, las manos, en las piernas, ambos creían que yo les había pinchado en los ojos. Con los ojos abiertos de nuevo, le pinché sus manos. Les pedí nuevamente que cerraran los ojos y los pinché por todos lados. Ambos afirmaron que les había pinchado las manos. No podemos sino explicar este fenómeno de la *perseveración sensitiva* más que recurriendo a la psicología. A título de hipótesis, el enfermo desprovisto de facultades de proyección, pero teniendo buenas facultades perceptivas, liga, por *asociación*, el pinchazo a una impresión sensitiva precedente o simultánea. Esto, según la expresión de Wundt, se acompaña de *signos de localización*.⁴

Seguí con la experiencia. Después de una breve pausa durante el examen, pedí al enfermo cerrar de nuevo sus ojos. Después, cuando pinché bruscamente su parte paralizada, él gritó: sentía muy bien sin poder localizar exactamente el pinchazo, pues le faltaba una impresión anterior (o simultánea) a la cual ligar la sensación del pinchazo. Observé en muchos intentos una hiperalgesia del costado paralizado y sobretodo dolores intensos.

Paralgesias

Primer caso: El enfermo del que les hablaré hoy día se queja de dolores agudos neuralgesiformes del lado insensible de su cuerpo. Los nervios del rostro y del final de la cabeza le duelen. Otros hemipléjicos se quejan muy frecuentemente de dolores punzantes pero del lado paralizado. Esto habla en favor de la tesis según la cual se trata de una excitación de los centros sensitivos. En muchos casos, la sensación de movimiento pasivo es débil sobretodo en las pantorrillas, los dedos de los pies y las manos. La sensibilidad llamada *estereognósica*, es decir la facultad en los sujetos de reconocer las dimensiones, la forma de los objetos que tienen en las manos, con los ojos cerrados, debe ser objeto de una reflexión aparte. Algunas personas poseen esta facultad en funciones de una parte circunscrita del cortex cerebral. En los últimos tiempos, mencionamos sobretodo las circunvoluciones del lóbulo parietal,⁵ como estando en el centro cerebral de las sensaciones. En todo caso, una simple reflexión nos basta para convencernos de que el reconocimiento del objeto tomado en la mano es de hecho la expresión de un proceso complejo: uno no puede darse cuenta por la percepción de una única sensación. Los procesos asociativos intervienen en el espíritu del paciente, resucitando imágenes, recuerdos, visiones, sensaciones táctiles donde la comparación con la impresión actual o la distinción de ésta, produce este estado psíquico particular que llamamos *reconocimiento de objetos*. Evidentemente, en los sujetos insensibles, es decir en los que la sensibilidad profunda está afectada, la condición real de elaboración de este proceso psíquico complejo está ausente. No es exacto hablar de “estereo-anestesia” más que en el caso en que el trayecto que conduce al centro está completamente intacto. No falta sino la organización sensitiva. Entre nuestros hemipléjicos, no encontré más que uno, totalmente incapaz de reconocer los objetos que sostenía en sus manos. El sentía no obstante el movimiento pasivo de los dedos de sus manos. Pero en este caso, y en otros análogos, la explicación está en la parálisis de los músculos flectores: el dedo paralizado es incapaz de tocar activamente. Los estímulos centrípetos faltan. Ellos están presentes en las condiciones normales del tacto voluntario. Tuve la ocasión de probar la exactitud de esta hipótesis mediante la experiencia con dos enfermos hemipléjicos que tenían la sensación de movimiento pasivo en sus dedos. Están presentes, la contracción y la paresia de los dedos en ambos pacientes. Les di el mismo objeto (un tubo de ensayo) a cada uno en la mano izquierda y derecha, a uno y a otro, vendé los ojos.

Los dos encontraron el tubo más grueso en su lado paralizado. Los músculos de los dedos paralizados debían efectuar un mayor esfuerzo para sostener el objeto, y, con los ojos vendados, no tenían como, apreciar las dimensiones del objeto, o la fuerza que debían hacer para sostener el objeto. Esta ilusión de los sentidos podría llamarse *macroestesia* como decimos de la *micropsia* en los casos donde los

4.- Lokalzeichen: en alemán en el texto húngaro. NDT.

5.- Parietal: Se dice que los problemas de la estereognosia pueden depender de lesiones del cortex cerebral pero también de medulares y del tronco cerebral por interrupción de los fascículos transmisores de la sensibilidad postural y táctil. NDT.

objetos parecen más pequeños en el lado paralizado de lo que en realidad son. Estas observaciones permiten, entre otras cosas, afirmar que la *estereognosia* acompaña frecuentemente a la hemiplejía. No podemos explicarnos este fenómeno por la insuficiente conexión de las zonas sensibles con las instancias superiores, sino más por la ausencia de estímulos centrípetos, indispensables para el reconocimiento. Si se trata de la sensibilidad de las manos, no olvidemos otro hecho: los problemas de nutrición que acompañan la hemiplejía. Relacionaría este fenómeno a un problema de la inervación de los vasos, y no a un *tropismo neurológico* que afectan las partes distales de los miembros, los pies y las manos. Las manos y los pies paralizados están en muchas ocasiones frías, cianóticas, edematosas. La piel está atrofiada, y estas alteraciones locales causan, sin duda, (verse intensificados) los problemas, sobretodo de la sensibilidad al calor y al frío. Yo avanzaría en el sentido de la tesis de Long: Todas estas alteraciones de la sensibilidad son muy variadas. La hemianestesia es variada: se manifiesta ya sea sobre una zona termosensible, o sobre una zona dolorosa (hiperálgica).

El examen minucioso de los sentidos es un trabajo extenuante y muchas veces vano, ya que la forma y la extensión de las zonas sensibles pueden, además, cambiar durante un tiempo relativamente corto.

Segundo caso: Les hablaré ahora de un paciente donde el problema no entra en el orden aparente de este desorden general. El señor W., de cincuenta años chofer de carroza fúnebre, está enfermo, desde hace cuatro años, de una crisis de apoplejía. Desde entonces, su brazo derecho está paralizado e insensible. Además, el enfermo no puede hablar (afasia motora). El examen muestra una hemiplejía total del lado derecho. El codo está ligeramente contraído, los dedos son flexibles, la rodilla tiene una contractura tensa. No hay rastros de movimiento activo. En el costado derecho, los sentidos están alterados. El enfermo no tiene sensibilidad al tacto. No siente ni el dolor, ni las variaciones de temperatura, ni el desplazamiento de sus miembros. Solamente, el costado derecho del escroto, una parte interior del trigéminus⁶ inferior y mediano, y una parte interior de los muslos, reaccionan al pinchazo de una aguja. El enfermo sólo siente las sensaciones de frío. Su campo visual no es limitado y no tiene ningún problema visual, del gusto o el olfato. Las mucosas no son insensibles. Este grado de hemianestesia es particularmente raro en los casos de afecciones cerebrales.

Long no recuerda ninguna situación de este tipo, en la magnífica monografía que consagra a este tema. Al respecto, pensé en un fenómeno histórico. Pero no hay problemas en este sentido. Además, las mucosas y la piel, en ciertas partes del lado derecho, no son insensibles. No existen verdaderamente elementos en favor del origen funcional y psíquico tal cual habla Janet. Este caso es diferente de otras hemiestesias cerebrales que he podido observar. Además, me gustaría me gustaría recordar el caso típico y grave de otro de mis pacientes.

Tercer caso: El señor L. F., tornero de cincuenta y tres años, afectado desde hace dos años, de una crisis de apoplejía con afasia motora. La hemianestesia derecha es característica en este enfermo. No percibe el contacto de un dedo sobre ciertas partes de su rostro, tampoco en el lado derecho de su tronco, no por completo hasta la línea media. Por el contrario, siente el contacto de la palma de la mano a nivel central del brazo derecho, el resto del antebrazo es totalmente insensible al tacto. Constaté la presencia de pequeñas zonas sensibles en la palma y en la parte inferior de la pierna derecha: estas partes reaccionan al cosquilleo y a las presiones fuertes. De hecho, la parte derecha del cuerpo reacciona a los pinchazos profundos pero no a los ligeros. El señor L. F. No reconoce ningún objeto que le ponga en las manos, en razón de la insensibilidad que sufre. Es insensible al calor, al frío, siempre en el lado derecho, y localiza mal el pinchazo de la aguja en la mano derecha y la pierna. El no siente tampoco el movimiento de abducción pasiva del brazo y la pierna derechos, aunque

6.- Trigemínus: el nervio trigémino se llama nervio craneal (5º par craneal), es decir con un origen directamente cerebral e inerva una parte del rostro. Escapa muchas veces a los déficits sensitivos cerebrales centrales que ocurren, ello, porque las vías habituales que son los fascículos piramidales descienden desde el área motora del cortex cerebral hacia la médula espinal y los nervios motores periféricos. NDT.

prueba sensaciones en los dedos de los pies. La piel del enfermo está atrofiada. Entre otras cosas, luego de la parálisis, él escucha mal en su oído derecho. Violentos y persistentes dolores aparecen indistintamente en la parte derecha de su rostro, a nivel del tronco y los miembros de este mismo lado. El sentido auditivo parece estar afectado desde la crisis de apoplejía en los tres hemipléjicos de los que he hablado. En uno de ellos, la sordera es total. En el caso del señor L. F. Y el enfermo anterior, la hipoacusia se manifiesta en el lado paralizado, pero no hay sordera total.

No me trevo a señalar las consecuencias de los tres casos, ya que no se realizó ningún examen profundo del aparato acústico en esta práctica. De mis exámenes, concluyo solamente: los problemas sensitivos unilaterales de origen cerebral son, muy a menudo, incoherentes y variados. Pequeñas manchas sensibles disminuyen notoriamente las mucosas. De todas formas, uno de los casos presentados tiene la apariencia de una hemianalgia completa y grave: muchos autores niegan que el origen pueda ser orgánico, ni siquiera que se trate de una excepción.

En un niño de quince años, que sufre de hemiplejia e insensibilidad parcial (hemianestesia), pude observar exactamente lo mismo. Ambos casos poseen dos aspectos comunes que pueden esclarecer la inextricable cuestión de la localización de las zonas sensibles: se trata de la endocarditis⁷ y de la insuficiencia aórtica grave y mal compensada en ambos enfermos. La enfermedad llevó a uno de ellos a la tumba. La causa de la muerte fue la embolia, no la hemorragia. La embolia además probablemente fue la que originó la hemiplejia, bloqueando la circulación a nivel cortical y afectando el funcionamiento neurológico de tal forma que el enfermo no pudo sobrevivir. La embolia, les recuerdo, puede obstruir dos conductos a la vez, a nivel cerebral. En un caso semejante, la alimentación de sangre al cerebro es insuficiente, casi ausente, y las partes incluso más protegidas, degeneran. Una relación de causalidad existe entre este problema cervical y la insensibilidad. El examen histológico permite entonces discernir el problema de la localización.

Otro caso: Los síntomas son los siguientes: hemiplejia derecha con afasia pero sin problema de sensibilidad. El examen anatómico del cerebro muestra que el *núcleo lentiformis* está completamente afectado, como también la parte anterior de la cápsula interna, el trayecto en onda permanece intacto. Existe una afección subcortical grave del centro motor sin que esto implique un problema de sensibilidad. Un producto específico permite poner en evidencia la extensión exacta de las modificaciones corticales, en los casos de hemiplejia e hipoestesia grave⁸. El corte histológico del bulbo raquídeo del cerebro enfermo probó que el trayecto del rizo estaba completamente intacto.

Otro caso: donde los síntomas eran: hemiplejia izquierda sin ningún problema de los sentidos. La zona dañada, de gran amplitud, se encuentra localizada en el *núcleo lentiformis* derecho. La degeneración de los tejidos es grave y afecta las circunvoluciones del cerebro. La cápsula interna de este lado esta gravemente afectada. Desde el punto de vista de la teoría del entrecruzamiento de las fibras y del campo común sensorio-motriz, debería haber aparecido, en tal caso, una hemianestesia grave. En conclusión, las indicaciones a la vez clínicas y anatomopatológicas prueban lo siguiente:

1.- La hemianestesia cerebral está en general disociada de los otros problemas: las zonas, bajo formas de manchas irregulares pueden por lo general extenderse al conjunto de las cualidades sensitivas tanto como a casi todo el hemisferio.

2.- En numerosos casos, no hay insuficiencia sensitiva, particularmente en los casos donde la afección cerebral debería provocar problemas sensitivos, y esto, suponiendo que existe un campo común en el seno del cortex.

7.- Endocarditis: se trata de una fuga de la válvula aórtica del corazón (válvula de salida del ventrículo). Una de las complicaciones más importantes (inclusive actualmente) de esta enfermedad, es la endocarditis, es decir la infección de la válvula con abscesos, la gravedad de la fuga valvular y las embolias arteriales cerebrales importantes se deben al origen infeccioso y a las localizaciones en los pacientes a menudo jóvenes. Actualmente, los antibióticos y la cirugía cardiaca han reducido bastante estos dramáticos casos. NDT.

8.- Nota de Ferenczi: Obtuve los resultados de trabajos del profesor Károly Schaffer. Le agradezco dejarme utilizarlos.

3.- El paralelismo entre la gravedad de los síntomas sensitivos y los problemas motores no tiene sentido en los casos de hemiplejía.

¿Cómo medir el valor de todo el material recogido mediante los exámenes para aclarar mejor la pregunta sobre la localización en el seno de la corteza cerebral? ¿El campo de la sensibilidad coincide verdaderamente con el campo de la motricidad? A mi parecer, nuestros conocimientos actuales no autorizan a ninguna persona a dar una respuesta afirmativa a esta pregunta. Dicho esto, el resultado de mis propias observaciones no me permite enunciar la hipótesis contraria. Todo lo que puedo decir es lo siguiente:

La observación clínica y anatómica aporta numerosos elementos en favor de la autonomía en el seno del cortex de las funciones de la sensibilidad y de aquellas de la motricidad.

Volver a Selecciones Ferenczianas

PÁGINAS DEL PORTAL ALSF-CHILE

<http://www.alsf-chile.org> - <http://www.biopsique.cl> - <http://www.indepsi.cl>

Contacto: alsfchile@alsf-chile.org.